



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER  
FORMULÁRIO PARA INSCRIÇÃO À SELEÇÃO 2019**

Período de Inscrição: 08 de outubro a 08 de novembro

Área de Concentração:  Perinatologia  
 Patologia Ginecológica e Reprodução

Foto 3x4

**IDENTIFICAÇÃO DO CANDIDATO**

Nome completo: \_\_\_\_\_

Solicito fazer a arguição oral por videoconferência (via skype)

Endereço eletrônico - skype: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Identidade: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Data de expedição: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA**

Rua \_\_\_\_\_

Número/ Apto: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/ Estado \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

**DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA (Conforme edital - a ser preenchido pela secretaria)**

|                          |                               |                          |  |                          |   |
|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Foto 3x4                      | <input type="checkbox"/> | Cópia da certidão de casamento ou nascimento | <input type="checkbox"/> | Projeto de Pesquisa (5 vias)  |
| <input type="checkbox"/> | Cópia Cart. Identidade        | <input type="checkbox"/> | Certificado de quitação eleitoral            | <input type="checkbox"/> | Cópia Certificado de proficiência- Não obrigatório  |
| <input type="checkbox"/> | Cópia CPF                     | <input type="checkbox"/> | Cópia do certificado de reservista           | <input type="checkbox"/> | Candidato com necessidade especial - especificar condição necessária para participação no concurso: |
| <input type="checkbox"/> | Cópia Compr. Endereço         | <input type="checkbox"/> | Cópia do histórico da graduação              |                          |   |
| <input type="checkbox"/> | Cópia do diploma de Graduação | <input type="checkbox"/> | Currículo Lattes (5 vias)                    |                          |   |

**AÇÕES AFIRMATIVAS-Resolução 02/2017, de 04 de abril de 2017**

**Sim**, concorrerei às vagas destinadas às ações de políticas afirmativas do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Mulher

**Não** concorrerei às vagas destinadas às ações de políticas afirmativas do Programa de Pós- Graduação em Saúde da Mulher , opto pelas vagas de livre concorrência

Em caso afirmativo, Declaração de opção de participação em política de ação afirmativa

Venho requerer minha inscrição no processo seletivo acima especificado.  
Declaro ter lido o edital e estar ciente de datas e procedimentos descritos no mesmo.

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018

Assinatura do candidato ou procurador

Nº de inscrição para candidatos

(Fornecido pela Secretaria, no ato da inscrição)



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO - A ser preenchido pela Secretaria do CPG**

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher: Nº de inscrição \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Perinatologia

\_\_\_\_ Patologia Ginecológica e Reprodução

Nome do candidato: \_\_\_\_\_

Funcionário responsável pela inscrição: \_\_\_\_\_

Belo Horizonte, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2018